



TITLE:

# 学会抄録 第208回日本泌尿器科学 会東海地方会

AUTHOR(S):

---

CITATION:

学会抄録 第208回日本泌尿器科学会東海地方会. 泌尿器科紀要 2001,  
47(3): 223-226

ISSUE DATE:

2001-03

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114475>

RIGHT:

## 第208回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2000年5月13日(土), 於 愛知県中小企業センター)

**腎癌が疑われた悪性リンパ腫の1例**：千田基宏，木村恭祐，遠山道宣，深津顕俊，加藤真史，吉川羊子，服部良平，小野佳成，大島伸一（名古屋大） 84歳，男性。主訴は1週間前からの発熱と右上腹部痛。既往歴として，10年前に左精巣原発の悪性リンパ腫（非ホジキン，diffuse large cell type, B cell type Stage I）にて左精巣摘除と化学療法を施行された。2000年1月，上記主訴が1週間続いたため，近院受診。超音波，CT 所見より，右腎細胞癌疑われ当科紹介受診。精査手術目的にて入院となった。画像診断上，造影効果を認めず，腹部血管造影でも乏血性の腫瘍像を呈したため，腎細胞癌とは考えにくく，MR 下に生検を施行した。病理組織学的診断が悪性リンパ腫，非ホジキン，diffuse large cell type, B cell type と診断されたため，治療目的にて血液内科へ転科となった。

**成人後腹膜奇形腫の1例**：金井優博，栗本勝弘，木下修隆，加藤廣海（武内），川村壽一（三重大） 59歳，男性。58歳より前立腺肥大症にて当科外来通院中，左腰痛出現し近医にて鎮痛座薬を処方されていた。腰痛の増強認めるようになり，1999年6月22日精査を希望した。CT にて左後腹膜腔に腫瘤を認め精査加療目的で6月29日当院入院。内分泌学的検査上，異常値は指摘されず。画像診断上，境界明瞭で内部はほぼ均一で嚢胞状の腫瘍であった。これらの結果から良性の後腹膜腫瘍の疑いにて，1999年7月6日，経腹的腫瘍摘出術を施行した。摘出標本は9.5×6×5.5 cm 大の弾性硬の単胞性，嚢胞状の腫瘍で内容物は褐色，半透明のゼラチン様物質であった。病理学的に腺，平滑筋，脂肪に加え移行上皮様の組織も認め，二胚葉性の成熟奇形腫と診断された。術後腰痛は消失し，10カ月経過した現在も異常を認めていない。

**後腹膜神経鞘腫の1例**：大堀 賢，田中一矢，青木重之，西川英二（名古屋掖済会），日比初紀，深津英捷（愛知医大） 症例は65歳，男性。左側腰部痛を主訴に近医受診。CT にて腹部大動脈に接する腫瘍性病変を認め，当院紹介受診。腫瘍マーカーに異常所見を認めず。腹部超音波検査では，左腎の下方に，62×51 mm 大の，内部に隔壁様エコーを有する低エコー腫瘍を認めた。CT では，左腎下縁から2 cm 下方より，腹部大動脈の左側に，内部は不均一な low density で辺縁，隔壁に造影効果を示す腫瘍を認めた。MRI では，T1 強調画像で低信号，T2 強調画像で高信号を示し，周辺との境界は明瞭であった。以上より後腹膜腫瘍と診断し，腫瘍摘除術を施行した。摘出標本は65×54×40 mm 大，重量 85 g，弾性軟。表面平滑な被膜で覆われ，内部に隔壁を有し，出血，壊死部位を認め，淡血性の内容物を認めた。病理組織学的には良性神経鞘腫と診断された。神経鞘腫は術後の再発例や悪性化例もあり，今後も厳重な経過観察が必要と思われる。

**RA に合併した後腹膜線維症の1例**：矢内良昌，渡辺秀輝，丸山哲史（名古屋市立城西） 症例は65歳，女性。既往歴，家族歴に特記すべき点はない。腰背部痛を主訴に1998年12月8日整形外科受診，さらに下腿浮腫出現したため当科紹介受診した。初診時検尿には異常なく，血液検査所見では高度の炎症と RA の上昇を，エコーで右水腎症を認めた。CT で尿管周囲の脂肪濃度の上昇，MRI で仙骨前面の間膜脂肪の軽度肥厚を認め後腹膜線維症などを疑った。RP では尿管の外側からの圧迫による水腎症を示唆する所見であった。悪性腫瘍が否定され，関節リウマチの診断がついたため RA に合併した後腹膜線維症として，1月22日よりステロイドパルス療法を施行した。ステロイドを漸減し，CRP はほぼ正常化し，右水腎症も消失した。現在後腹膜線維症，関節リウマチとも症状はなく良好に経過している。

**Nested variant of transitional cell carcinoma の1例**：田貫浩之，岡村武彦（名城），戸澤啓一，郡健二郎（名古屋市大），小川久美子（同第一病理） 70歳，男性。尿閉，背部痛にて近医受診し当科紹介初診。腹部超音波検査，膀胱鏡検査，CT にて膀胱内浮腫状隆起性病変による腎後性腎不全と診断し右腎瘻造設術施行した。尿路変更および膀胱腫瘍の確定診断目的に手術施行。膀胱は周囲との癒着が強く，膀胱左側壁部にて全層生検および両側尿管皮膚瘻造設術のみ施行。膀

胱全層生検標本の弱拡大像では粘膜には移行上皮の剝離を伴う浮腫を認めるものの癌細胞を認めなかったが，粘膜から筋層へ  $\gamma$ -type の浸潤様式をとる腫瘍像を認めた。強拡大像では核の異型性が強い，nest を形成する移行上皮癌細胞を認めた。以上より nested variant of TCC, G3, INF $\gamma$ , pT3b で stage IV と診断。確定診断後，全身化学療法を3クール施行した。

**若年性膀胱腫瘍の2例**：岡田真介，藤田圭治（聖霊），本間秀樹（知多厚生），河合憲康，橋本良博，戸澤啓一，佐々木昌一，郡健二郎（名古屋市大） 症例1は19歳，女性。主訴は無症候性肉眼的血尿。超音波検査にて膀胱右後壁に腫瘍を認めた。症例2は15歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。超音波検査にて膀胱内に腫瘍を認め，IVP にて膀胱に陰影欠損を認めた。共に経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理組織は共に移行上皮癌，G1, pTa であった。共に補助療法を施行せず外来にて経過観察中である。観察期間は症例1は2カ月，症例2は1カ月であるが再発を認めていない。若年発症の膀胱腫瘍の主訴は無症候性肉眼的血尿が多く成人の場合と同様であるが，診断までに時間のかかった症例もあり，常に念頭に置く必要がある。また診断には超音波検査が有用であると思われる。

**根治的膀胱全摘出後に皮下転移を来した膀胱癌の1例**：七浦広志，山田芳彰，小久保公人，中村小源太，加藤慶太郎，岡田正軌，赤堀将史，上條 渉，瀧 知弘，三井健司，日比初紀，本多靖明，深津英捷（愛知医大） 65歳，男性。浸潤性膀胱癌にて動注，化学，放射線療法施行後，膀胱尿道全摘除術施行。病理組織，TCC, G2>G3, stage 膀胱壁浸潤度 pT1b, 前立腺部尿道に乳頭状，非乳頭状の移行上皮癌，INF $\beta$ , pV0, pL0, pN0 であった。経過良好であったが，2年後右下腹部に20×20 mm 大，弾性硬で表面平滑な可動性のある腫瘤を触知したため入院となった。2000年2月15日，局所麻酔下に腫瘍を摘除，画像診断にて左背部に同様の腫瘤を認めたため局所麻酔下に摘除した。病理組織は共に TCC, G3 であった。現在，M-VAC による全身化学療法を施行している。文献上本邦16例目であり，本症例は血行性転移が示唆された。

**放射線併用全身化学療法後，膀胱部分切除術を施行した膀胱扁平上皮癌の1例**：永田仁夫，海野智之，水江浩史，麦谷莊一（聖隷三方原），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 73歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。膀胱鏡にて非乳頭状広基性腫瘍を膀胱右壁に認め，MRI では同部位に3.5×3×2 cm の筋層浸潤性腫瘍を認めた。SCC 抗原 2.6 ng/ml。病理組織は扁平上皮癌（T3aNOM0）。動注化学療法は腹部大動脈瘤にて人工血管置換術の既往があり，内腸骨動脈が結紮切断されていたため断念。放射線外照射（60 Gy）とシスプラチン，5-FU 併用全身化学療法2クールで腫瘍は縮小，SCC 抗原は0.8> ng/ml に低下。残存腫瘍確認のために膀胱部分切除術を施行し pCR であった。

**膀胱骨肉腫の1例**：中根明宏，池内隆人，安井孝周，中平洋子，窪田泰江，戸澤啓一，林祐太郎，郡健二郎（名古屋市大） 62歳，女性。以前より放射線性膀胱炎を指摘されていたが，1999年10月，血尿が増悪し近医を受診した。CT 上膀胱内腫瘍と同時に，左鼠径部腫瘍を認めこれを切除した。組織より骨肉腫と診断し，2000年1月，当科紹介入院となった。CT 上，膀胱内に6×7×8 cm の腫瘍を認め，骨シンチでは，左大腿部に数個の集積部を認めた。膀胱鏡にて，非乳頭状の広基性腫瘍を認めた。同年2月，確定診断のため経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理学的に mitosis を示す spindle cell を認め，鼠径部腫瘍と同様の組織であった。術後，血尿の改善を認め，結果的に貧血の進行を抑制できた。膀胱骨肉腫は稀な疾患で，文献上27例が報告されているが，予後は悪く，6カ月以内に死亡している症例がほとんどである。

**膀胱内に発生した異所性褐色細胞腫の1例**：錦見俊徳，山田浩史，彦坂敦也，横井圭介，小林弘明，小幡浩司（名古屋第二赤十字） 症例59歳，男性。1985年頃から排尿後に数分間の激しい頭痛および動悸

を自覚。1999年11月12日より動悸が遷延するため当院救命センター受診。心電図上心室頻拍を認め、心原性ショックとなったため、ICU管理となる。血中および尿中カテコラミン上昇。腹部骨盤造影CTにて膀胱右側に直径約3cmの腫瘍性病変を認め、MIBGシンチにて同部に著明な集積亢進を認めた。以上より膀胱内異所性褐色細胞腫と診断し、11月30日膀胱部分切除術を施行した。摘出標本は表面平滑、境界明瞭。大きさ37×25×36mm。重さ20.6gの粘膜下腫瘍であった。病理所見は、Zellballen patternを呈しており、褐色細胞腫に一致する所見であった。術後、血中および尿中カテコラミンは、正常値となりMIBGシンチにても異常集積は認めず、腫瘍は除去されたと考えられた。心機能も改善したため、12月30日、退院となった。

**膀胱原発小細胞癌の1例：小島由城経（厚生連菰野）、林祐太郎、河合憲康（名古屋大）** 65歳、女性。2000年2月22日肉眼的血尿、排尿時痛で当科初診。超音波、排泄性尿路造影、CT検査などにて左尿管結石、これに伴う腎症と膀胱右壁の不整を認め、複雑性尿路感染症の精査、加療目的に入院。尿培養は *Enterococcus faecalis*、尿細胞診はclass IV、膀胱鏡所見では右側壁に約5cmの非乳頭状で周堤を伴い、表面に白苔の付着した潰瘍状腫瘍を認めた。3月1日TUR-Btを施行、組織学的には一部で扁平上皮癌成分も見られたが、小細胞癌が優位で、免疫組織学的染色でもNSE陽性であり、神経内分泌小細胞癌の所見であった。腫瘍マーカーはACTHが軽度高値であったが、他は正常範囲内であった。CT、MRI、骨シンチを施行、両肺野に3-4mmの転移巣を認め、以上より膀胱原発神経内分泌小細胞癌(T3bN0M1)の診断にてM-VAC療法を開始した。

**腎盂十二指腸瘻を伴った腎盂腺癌の1例：土屋朋大、楊 睦正、伊藤康久、坂 義人（岐阜市民）** 症例は62歳、女性。1999年10月、右側腹部痛を主訴に消化器内科受診。精査中、CTにて右腎腫瘍を指摘され12月13日当科紹介。CTでは右腎盂に腫瘍性病変を認め、逆行性腎盂造影では右腎盂内に陰影欠損を認めた。以上の所見より右腎盂腫瘍と診断し、12月28日手術を施行した。術中、右腎盂と十二指腸との瘻孔を認め、瘻孔部の十二指腸を部分切除した。なお、尿管は下大静脈壁と強く癒着していたため切除しなかった。病理組織診断は右腎盂より発生した乳頭状腺癌(G1, pT2, pL0, pV0)であり、瘻孔の原因としては腺癌の浸潤ではなく炎症の影響によるものと考えられた。術後の補助化学療法は施行しなかった。原発性腎盂腺癌としては93例目（本邦32例目）、腎盂十二指腸瘻を伴ったものは本邦第1例目と考えられた。

**前立腺原発小細胞癌の1例：後藤高広、野口顕広、浜本幸浩、谷口光宏、竹内敏視、酒井俊助（県立岐阜）** 83歳、男性。腹部皮膚腫瘍、多発性肺腫瘍の原発巣検索のため内科より当科に紹介された。前立腺は石様硬で周囲と癒着していたため生検施行したところ、小細胞癌と診断された。PSA 1.1 ng/ml, NSE 120.5 ng/ml, CEA 45.8 ng/mlであった。すでに肺、骨、リンパ節、皮膚転移を認め、さらに患者の年齢を考慮し対症療法のみで2カ月生存中である。本症は腺癌との混在、腺癌の経過中に小細胞癌が出現した症例が多くみられるため、両腫瘍は別の細胞由来ではなく、多方面に分化しうる前立腺上皮幹細胞から発生すると考えられている。自験例は本邦18例目と思われるが、診断時にすでに遠隔転移を有する症例が多く、予後不良であり、シスプラチン、エトポシドによる化学療法、放射線療法などが施行されているが、多くは数カ月で死亡している。

**副腎部分切除を行った腎癌対側副腎転移の1例：野尻佳克、松沼寛、平田朝彦、吉野 能、近藤隆夫、後藤百万、小野佳成、大島伸一（名古屋大）** 67歳、男性。1991年右根治的腎摘除術施行。RCC G1>G2 pT1a pN0。2000年2月2日CTにて左副腎35mm。術前検査ではACTHの軽度上昇のほか、特に異常無し。その他転移無し。腎癌の対側副腎への孤立性転移と思われた。2000年2月14日腹腔鏡下左副腎部分切除術施行。正常副腎約4分の1温存。病理結果はRCC。術後ハイドロコルチゾンの補充を行い、またインターフェロン療法も開始した。術後3カ月の現在も、ホルモン補充療法を続けており副腎不全の徴候を認めていない。再発の徴候も認めていない。

**肝静脈内および右心房におよぶ下大静脈腫瘍塞栓を伴った腎細胞癌の1例：坂田裕子、長谷川嘉弘、大西毅尚、山田泰司、吉付暢仁、小川和彦、村田万里子、鈴木竜一、山川謙輔、杯 宣男、有馬公伸、柳**

**川 眞、川村壽一（三重大）** 71歳、男性。肉眼的血尿があり、近医で右上腹部腫瘍を指摘された。CT、MRIなどの検査で、肝静脈内、右心房に達する下大静脈腫瘍塞栓を伴った右腎癌(T3cN1M1, stage IV)と診断し、右腎摘出術、腫瘍塞栓摘除術を施行した。肝静脈レベル以下では、腫瘍塞栓の壁への浸潤があり、下大静脈を断断した。病理組織診断は、clear cell carcinoma, G2であった。術後経過は良好で、現在、インターフェロン療法にて経過観察中である。本症例で手術適応とした理由は、腫瘍塞栓による肝静脈の閉塞がないと判断したこと、単発の肺転移巣に対し、術後のインターフェロン療法、外科的切除が期待できたこと、下大静脈に十分な側副血行路が発達していたことである。

**インターフェロンαで完全寛解した腎細胞癌の肺転移の1例：玉木正義、小島圭太郎、前田真一（トヨタ記念）、西野好則、出口 隆（岐阜大）** 47歳、男性。肉眼的血尿を認め、1998年10月23日当科初診となった。CTにて右腎下極に内部が不均一に造影される腫瘍を認め、肺に多発性転移を認めた。しかし、腎門部リンパ節、肝、骨には転移を認めなかった。11月25日根治的右腎摘出術を施行した。病理組織像は、腎細胞癌, clear cell, grade 2, pT2であった。肺転移巣に対して12月7日より天然型インターフェロンα 300万単位/dayの筋注とシメチジン 600 mg/dayの内服を開始した。2カ月後の1999年2月9日の肺CTにて肺転移巣は一部増大しているも、一部は消失していた。9カ月後の9月4日の肺CTにて肺転移巣は完全に消失していた。12月より本人の希望にてインターフェロンαを中止しシメチジンのみとした。現在のCTでも肺転移巣の再発は見えていない。

**腎細胞癌術後のα-IFN療法中に肺出血を来した1例：石瀬仁司、白木良一、泉谷正伸、石川清仁、星長清隆、名出頼男（藤田保衛大）、岡澤光芝（同呼吸器内科）** 症例は46歳、女性。肉眼的血尿にて近医受診、精査にて右腎腫瘍指摘され当科紹介受診。根治的腎摘出術を施行。病理学的検索にてpapillary renal cell carcinoma, expansive type G3>G2, INFβ, V(+), pT1a, pN2であった。術後α-IFNの投与中に咳嗽、血痰出現、胸部X-Pにて右上肺野に限局した浸潤影を認めた。TBLB施行し肺出血と診断。IFNの減量、ステロイド投与にて症状は改善したが、ステロイド中止で再び症状出現、IFNの中断、ステロイド再投与としたが、リンパ節転移が出現したためステロイド療法を中断した。IFNの投与により肺出血を来した症例は文献上本症例は本邦2例目と考えられた。

**耳下腺転移に見つかった胆嚢転移をともなった左腎細胞癌の1例：井上貴博、文野美希、日置琢一、杉村芳樹（愛知がんセ）、藤田直哉、山雄健次（同消化器内科）、佐々木恵子、中村栄男（同病理）** 67歳、男性。右耳下腺腫瘍にて耳下腺腫瘍摘出を前医にて施行。clear cell carcinomaの診断であったので、種々の画像診断による全身検索をしたところ、最大径9cmの左腎細胞癌の転移が疑われ当科初診。多発性肺、骨転移、径4cmの胆嚢転移も合併していた。原発巣へのTAE施行後、全身免疫療法を施行。骨転移には放射線照射施行。TAE3カ月後に経腹的左腎摘除術および胆嚢摘除術施行。病理診断はRCC, clear cell carcinoma, pT2N0M1, G1>2であった。術後も全身免疫療法継続中であり、術後6カ月経つ現在癌あり生存中である。耳下腺および胆嚢転移を有した腎癌の報告1例目である。

**腎癌脳転移に対し腫瘍摘出術を施行した2症例：山本茂樹、福原信之、古川 亨、辻 克和、田中國晃、絹川常郎（社保中京）** 症例1は63歳、男性。1991年4月左腎腫瘍に対し根治的左腎摘出術を施行。病理診断は腎細胞癌 clear cell carcinoma, G2であった。術後再発なく経過していたが、2000年1月より記憶力障害、歩行障害が出現し、頭部CTにて脳腫瘍が認められ、脳転移が疑われた。2000年3月に脳腫瘍摘出術を施行し、病理診断は腎細胞癌脳転移であった。症例2は63歳、男性。1995年7月右腎腫瘍に対し根治的右腎摘出術を施行。病理診断は腎細胞癌 clear cell carcinoma, G2であった。1999年8月より肺転移を認めインターフェロンαの自己注射を開始した。同年12月に骨転移を、2000年1月に脳転移を認めた。同年2月に脳腫瘍摘出術を施行した。病理診断は腎細胞癌脳転移であった。2例とも術後QOLの改善を認めた。手術可能な症例には手術も積極的に考慮すべきと考えられた。

**結節性硬化症患者に発症した腎癌自然破裂の1例：市野 学，深見直彦，柳岡正範，置塩則彦（静岡赤十字）** 症例は25歳，男性。幼小時に当院脳外科にて結節性硬化症と診断され，経過観察される。2000年2月13日右側腹部痛を主訴に当院受診。右側腹部痛及び筋性防御を認めた。高度の知能低下を認めた。腹部CTにて右腎に被膜外血腫を伴う腫瘍を認めたため，緊急入院。CT，血管造影にて腎血管脂肪腫の自然破裂と診断し，右腎摘出術を施行。標本は腎中央に11×11×13 cmの腫瘍とともに被膜外血腫を認めた。病理診断はRCC，expansive type，tubular type，common type，mixed subtype，G2，INFα，pT2であった。以後インターフェロンαとシメチジンによる術後補助療法をおこなっており，現在術後3カ月経過しているが，再発は認めていない。結節性硬化症の腎癌合併例は本邦22例目であり，また腎癌の自然破裂例は本邦40例目であった。

**両側腎動脈瘤に対して血管内手術を施行した1例：山本直樹，石原哲，高橋義人，江原英俊，西野好則，安田 満，横井繁明，出口 隆（岐阜大），郭 泰彦（同脳神経外科）** 52歳，女性。人間ドックの際に施行された腹部超音波検査にて両側腎に嚢胞性病変を偶然発見され当科を紹介された。選択的腎血管造影にて腎動脈瘤が両側腎動脈の第一分岐部に存在（左35×35 mm，右30×25 mm）していた。初めに右腎動脈瘤に対して血管内手術を施行した。方法としては18 mm×30 cmのinterlocking detachable coil (IDC)にてflamingを行った後各種の長さのIDCを15本用い動脈瘤をdenseにpackingした。1週間後，同様な処置を左腎動脈瘤に対して施行した。1年後の選択的腎血管造影にて動脈瘤はpackingされていて腎末梢腎血管は開存していた。文献上血管内手術を施行された腎動脈瘤症例は12例で，両側例は1例目であった。

**放射線性膀胱炎に発生した膀胱鼠径部皮膚瘻の1例：今村哲也，亀田晃司，梅田佳樹，Franco Omar，蘇 晶石，黒松 功，脇田利明，山川謙輔，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大），山本逸夫（山本総合）** 82歳，男性。約30年前に膀胱腫瘍にて膀胱部分切除術および放射線治療を他院にて施行された。1998年に膀胱腫瘍の再発を認め，TUR-Btを施行後，1999年3月，膀胱と左鼠径部皮膚の間に瘻孔が形成され当科入院となった。その後，瘻孔部がMRSA，薬剤耐性緑膿菌に感染し，瘻孔部の拡大を認めた。そのため，保存的治療は無理と判断し，感染巣のコントロールを施行後，1999年9月30日膀胱全摘，創部郭清，左大腿筋皮弁充填術を施行した。摘出した膀胱の病理所見からTCC G2>G3が検出された。術後経過は順調で感染巣のコントロールを施行し，骨盤死腔の閉鎖を待って，術後89日目の1999年12月27日退院となった。

**治療に難渋している両側総腸骨動脈尿管瘻の1例：磯部安朗，松浦治，黒田和男，弓場 宏，上平 修，近藤厚生（小牧市民）** 74歳，女性。1994年4月，子宮頸癌にて子宮広汎全摘。術後放射線照射療法施行あり。その後両側尿管狭窄出現したためDJステント留置にて管理していた。1999年12月，腎後性腎不全にて入院。入院後血圧低下を伴う多量の血尿が出現した。血管撮影では右総腸骨動脈瘤を認めるものの明らかな出血源は不明。輸血を要する多量の血尿が続くため，左総腸骨動脈尿管瘻を疑い左腎瘻造設した上で1月19日手術を施行。左総腸骨動脈尿管瘻の確定診断を得た。腹腔内および後腹膜腔内の癒着が強く血行再建術は不可能と判断，尿管結紮術を施行した。術後右側からも血尿が出現。1月31日手術施行し右総腸骨動脈尿管瘻と診断。左側と同様に尿管結紮術を行った。腸管穿孔，尿漏による後腹膜膿瘍，腸管出血の合併もあり。現在入院治療を継続中である。

**子宮癌放射線治療後，14年を経て発症した膀胱破裂の1例：原田雅樹，古瀬 洋，福田 健，北川元昭，阿曾佳郎（藤枝市立総合）** 症例は67歳，女性。1985年子宮癌で広汎子宮全摘術および術後放射線照射療法施行。1999年5月腹痛を主訴として来院。腹部超音波検査で腹水を認め入院。腹水検査，膀胱造影，腹部CT，膀胱鏡検査で膀胱破裂と診断。cystometryでは弛緩型の神経因性膀胱であった。尿道カテーテル留置で軽快したが再発。間欠的自己導尿開始後も再発を繰り返すため，2000年1月より尿道カテーテルを持続留置し現在まで再発を認めていない。

**外傷性骨盤骨折に合併した尿道断裂の2例：有馬 聡，白木良一，内藤和彦，平野真英，泉谷正伸，石川清仁，星長清隆，名出頼男（藤**

**田保衛大）** 症例1は63歳，男性。外傷性骨盤骨折に伴う直腸損傷，尿道断裂を来し，人工肛門，膀胱瘻造設術を施行。2カ月後にpull through法により尿道にカテーテルを留置した。受傷後1年経過するが合併症を認めず，経過良好である。症例2は51歳，男性。開放性骨盤骨折に伴う尿道断裂，左腸骨動脈損傷，出血性ショックで来院。即日，骨盤骨折創外固定，開放性膀胱瘻造設およびpull through法によりカテーテルを挿入した。6年を経過するが，4回におよぶ尿道切開術を施行するも尿道狭窄は改善せず，排尿障害，勃起障害も合併し，経過不良である。

**尿閉を来した成人Hirschsprung病の1例：小杉道男，中島史雄（伊勢慶應）** 17歳，女子。幼少時から便秘がちであり，近年は，緩下剤を使用して月に1回程度，多量に排便していた。1999年10月13日，2日間の尿閉を主訴に当院を受診した。下腹部痛と著しい腹部膨満をみとめた。導尿で600 mlの尿を得た後も腹部は膨満していた。腹部CTを施行したところ，便塊の占拠した巨大な直腸と，それに圧排された膀胱がみられた。尿道カテーテルを留置して浣腸・排便を行った。腹部膨満の改善を待って10日後にカテーテルを抜去したところ，排尿は可能であり残尿はみられなかった。巨大な直腸からHirschsprung病を疑い，直腸生検により確定診断された。膀胱内圧測定で異常はみられず，尿閉の原因は，巨大な直腸の便塊による膀胱・尿道の圧排と考えられた。尿閉を来した成人Hirschsprung病は英文文献で1例報告されているが，本邦での報告例はみられない。

**排尿時経直腸的超音波断層法にて診断できた前立腺結石による排尿障害の1例：早川隆啓，斉藤文男，斎藤彦彦，三矢英輔，小島宗門（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック）** 症例は69歳，男性。10年来他院にて前立腺肥大症として投薬治療されるも，排尿状態改善しないため当院受診。IPSS 32点，QOL index 5。尿流量検査では最大尿流量率9.2 ml/秒。平均尿流量率5.1 ml/秒，残尿量3 ml。経直腸的超音波断層法では前立腺肥大はなく，逆行性尿道造影では前立腺結石以外明らかな異常は認めなかった。排尿時経直腸的超音波断層法にて，前立腺結石部での尿道開大不良あり，前立腺結石による排尿障害の診断にて結石を中心に経尿道的手術施行した。術後IPSS 10点，QOL index 2，尿流量検査では最大尿流量率18.0 ml/秒，平均尿流量率8.4 ml/秒，残尿0 mlと術前認めた再発性排尿状態は改善した。

**腔内異物による尿閉の1例：内田孝典，佐藤滋則，神林知幸（磐田市立総合），牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大）** 症例は22歳，女性。便秘あり，下剤使用。その後下腹部激痛，頻尿，残尿感，尿失禁出現し当科初診。DIPにて左側優位の両側水腎症，左萎縮腎，多量の膀胱内尿貯留，骨盤腔内の異物影を認めた。異物は12歳時に自己挿入されたポスターカラーの瓶であった。婦人科にて異物を除去。異物除去1週間の尿道カテーテル留置で水腎症は改善。カテーテル抜去後速やかに自尿を得た。しかしその後も腎杯の鈍化，膀胱壁肥厚が残存し，排尿筋圧低値，腹圧排尿パターンを認めることから，長期間の下部尿路通過障害の存在が予想された。その原因として腔内異物による膀胱頸部，尿道の圧迫が考えられた。

**非触知精巣26例の局在診断における超音波検査とMRIの意義：金本一洋，林祐太郎，小島祥敬，水野健太郎，最上美保子，佐々木昌一，郡健二郎（名古屋市大），最上 徹，秋田英俊（大同）** われわれは26例の片側非触知精巣に対し術前検査として超音波とMRIをできる限り行ってきた。超音波検査では26例中，鼠径管内の萎縮精巣2例のみしか指摘できなかった。MRIでは施行できた21例中8例が指摘でき，その内訳は腹腔内2例，鼠径管内5例，陰嚢内1例であり，また正常および萎縮精巣の判明率はそれぞれ50%，47%であった。術前に超音波では認められMRIでは認められなかったものはなかったが，その反対の超音波では認められなかったがMRIでは認められたものは6例あった。非触知精巣において超音波検査は判明率が8%であり，スクリーニングとしてはあまり有効ではなかったが，MRIは全体的な解剖を多方向から検索できるので術前の位置の指標として大変有効であった。

**尿管憩室の1例：佐藤 崇，速水慎介，石川 晃，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大）** 症例は77歳，男性。排尿困難を主訴として近医を受診した。DIPにて尿管腫瘍が疑われ，1999年10月13日，

当科に紹介された。DIP, 逆行性腎盂造影にて右尿管の血管交叉部近傍に径約 5 mm の尿管壁より突出した囊状陰影を認めた。10月18日, 尿管鏡検査を施行した。DIP, RP にて異常陰影が存在した部位に腫瘍は存在せず, 憩室様の構造を認めた。内腔に腫瘍は存在せず, また RP にてもその内腔は長さ 1 cm の盲端であった。以上より, 尿管憩

室と診断した。検査中, 憩室下方より採取した尿細胞診の結果は Class III であった。定期的に尿細胞診などを施行し外来にて経過観察中であるが, 現在まで悪性腫瘍を疑わせる所見を認めていない。尿管憩室は比較的稀な疾患であり, 若干の文献的考察を加えて報告した。